



MC Healthcare, Inc.

MCH

MCHニュース

NEWS

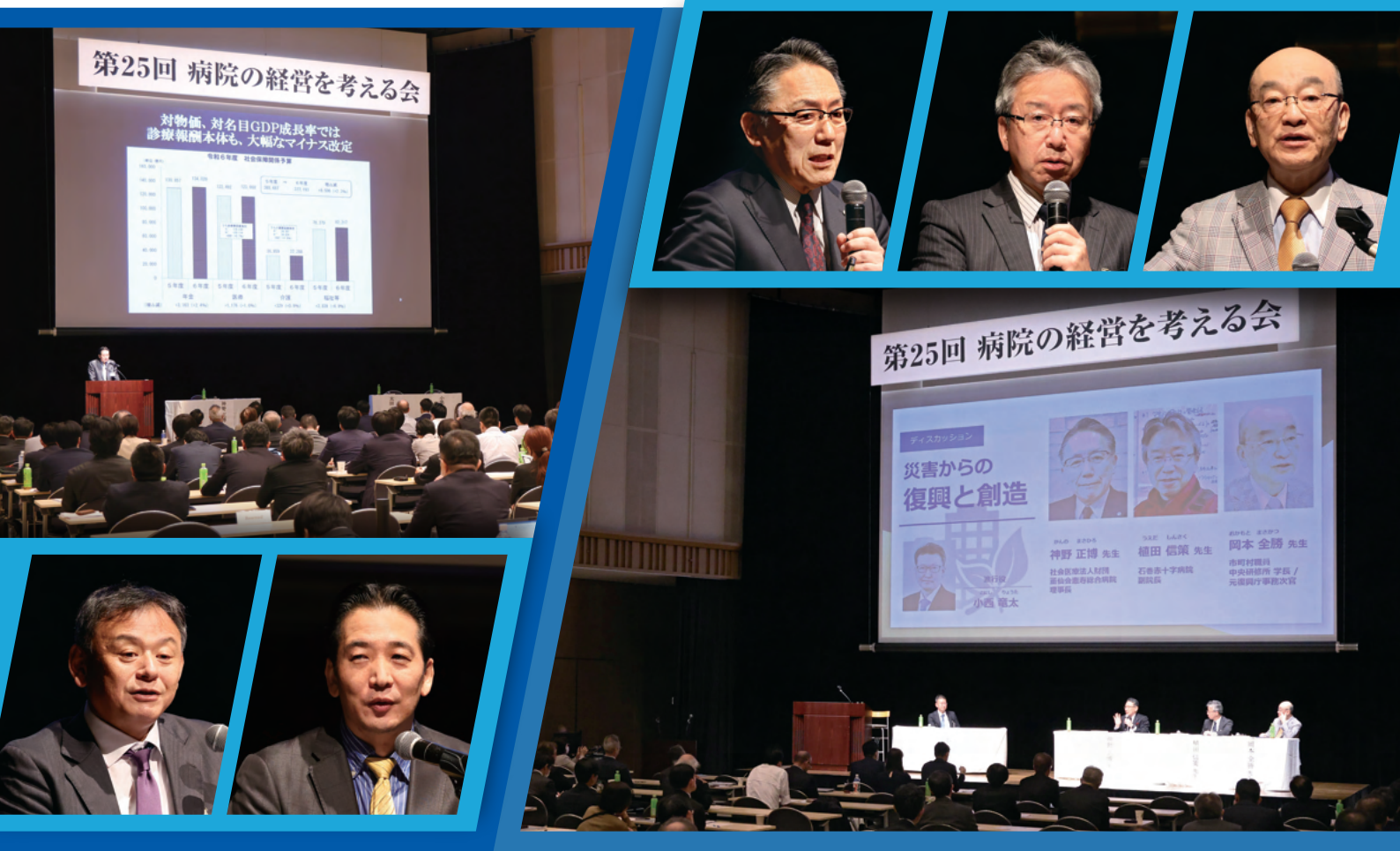
2025. 1. 17 Vol.20



次世代に向けた 持続的な医療のあり方

第25回
病院の経営を考える会

2024年11月1日開催



エム・シー・ヘルスケア株式会社は2024年11月1日、品川インターシティ（東京・港区）にて「第25回病院の経営を考える会」を開催しました。開催25年目の節目にあたる今回の会は、「次世代に向けた持続的な医療のあり方」をテーマに、「持続可能な社会保障制度」と「災害からの復興と創造」についての2講演・ディスカッション、及び3プログラムのワークショップが行われました。

持続可能な社会保障制度

高齢化と生産年齢人口の減少が進む日本社会において、社会保障制度の持続のためには、財政面と医療提供面の両面で論点を整理して取り組む必要があります。講演1では、医療提供の視点から太田圭洋氏（社会医療法人名古屋記念財団 理事長）、財政面の視点から小黒一正氏（法政大学経済学部 教授）にご講演いただきました。

持続可能な社会保障制度 —医療提供体制の持続可能性と財源—



おおた よしひろ
太田 圭洋氏

社会医療法人名古屋記念財団
理事長

私は今、医療の財源やファイナンスについて、医療従事者が真剣に考えなければならない状況になっていることを認識する必要があると感じています。そこでこの場では、現在の医療報酬の仕組みを皆様に理解していただき、今後の医療をどう展開していくのかについて、一緒に考えていきたいと思っております。

現在の日本における病院の経営状況に目を向けると、多くの病院が診療休止や破産に追い込まれるなど、厳しい事例が相次いでいます。この状況は、急性期病院においては今に始まったことではなく、入院基本料7:1病院損益差額率はマイナスの状況が続いています。つまり、病院の経営は産業として成立していないのが実情なのです。

地域の医療制度を支える上で、日本の病院は赤字を出さざるを得ない——こうした状況を少しでも変えるために、私は中央社会保険医療協議会に入って、「入院基本料は病棟における入院管理に必要

なコストを担保する必要がある」と訴えました。しかし残念ながら、最終的には満足のいかない、現在の公益裁定が出ることになりました。

なぜこうした結果になったのか。その原因を探るためには、診療報酬改定の流れを正確に理解する必要があります。社会保障審議会・医療部会の資料では、診療報酬改定を①予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、②社会保障審議会医療保険部会・医療部会において策定された「基本方針」に基づき、③中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い、実施されるものとしています。

つまり、医療費は総額が決まって分配される「総額ありき」で改定が実施されているのです。その理由は、国民医療費の財源の約4割が公費負担で国の予算編成に大きく関わってくることから、あらかじめ額を決めておく必要があるためです。令和6年度では、財務省の目標である、社会保障関係費の実質的な伸びを高齢化による増加分に収める方針を達成した上で、総額822億円、診療報酬改定率+0.88%になりました。物価上昇に伴う医療機関の負担増への評価などは、実質的に認められていません。

病院は自力存続のための対応を

令和6年度改定の結果、病院の経営状況は一層悪化しています。また、総額ありきで病院の経営状況は加味されない医療費の設定等は、今後も続く予想されます。この状況に対し、日本医師会や病院団体はさまざまな活動を展開し、厚生労働大臣や財務大臣に要望書を提出して

いますが、あまり実っていないのが現状です。

病院が経営悪化を打破するためには、現在行われている医療体制改革が適正なものであるのかを理解する必要があります。マクロでみると、病床稼働率はコロナ後も改善していません。その背景には、高齢者施設の増加や在宅医療の普及、制度誘導などがあります。病床数を見直している施設は多いと推察しますが、今一度、再考する必要があるかもしれません。

また、現在でも医療従事者の確保に苦心する病院は多いと思いますが、就業数が減少していく中、2025年以降はより人材確保が難しくなることが予想されます。結果、人件費のさらなる拡充や求職の工夫などが不可欠となるでしょう。

以上の事情もあり、病院経営は現在の医療報酬点数では維持不可能にも関わらず、簡単に国の医療費抑制政策が転換されない可能性が高いという厳しい現実が続くと思われます。そこで考えるべきは、(政策頼みの)他力本願ではなく、自力で生き延びるために全力の対応をすることです。具体的には、真に地域でニーズのある医療を実践した上での病床稼働率の確保、病院機能の大規模な転換も含む地域包括医療病棟の検討、徹底したコスト抑制、などの対処が必要です。その実現は自院だけでの策では難しく、他院との真剣な連携の検討が必須でしょう。

一方で国及び政治家には、医療現場の実情を知って対応策を真剣に練っていただきたい。医療現場は現在、逼迫した状況であり、それゆえに改革を実施していくといった流れを、国民に伝えていってほしい。そして国民には、現在の逼迫した医療現場の姿をぜひ理解してほしい——私はそう願っています。

人口減少とインフレ下での医療財政の課題 —「成長率調整メカニズム」の枠組み構築も視野に—

私からは財政的な視点、人口減少とインフレ下での医療財政の課題について、皆様にお話ししていきます。

まず、インフレ下においてマクロ的な視点で医療費をみた場合、一般的には医療費の伸びが名目GDP成長率（あるいはインフレ率）より大きいイメージですが、現在の本当の姿は逆で、名目GDP成長率が医療費の伸びを上回っています。令和6年度の診療報酬改定率は+0.88%ですが、薬価等の改定率は-1.00%なので、医療業界は基本、デフレ産業に近い形になっており、対物価や対名目GDP成長率の観点からは、診療報酬本体も大幅なマイナス改定となっています。

次に医療費の動向をみていくと、以前は社会保障費の伸びの参照値である高齢化人口変化率が名目GDP成長率と消費者物価上昇率より大きかったのですが、現在は名目GDP成長率と消費者物価上昇率の方が高くなっています。この名目GDP成長率には、実質GDP成長率にインフレ分が自動的に上乘せされるGDPデフレーターの影響が加わっています。そうした状況から、今後の医療費は名目GDP成長率に連動したほうが、インフレ分を含め、安定的な伸びにつながると考えます。さらに踏み込んでいうと、高齢者人口の伸びに応じて社会保障費をコントロールするのでは、医療費はほとんど伸びないと推測できます。

今後の人口減少と医療費の動向の関係については、人口は2050年に向けて日本の全体で減少していきますが、65歳以上の高齢者人口は2042年をピークに減るとされています。一方、医療費の総額

は高齢者の増加で増える部分と、人口減少により減る部分がありますが、すでに一部の地方では人口減少分が高齢者の増加分より高くなり医療費の総額が下がる傾向がみられます。つまり、医療費は今後、医療費が名目GDP比で近年あまり伸びず医師需給も2029年頃に均衡が見込まれることから、いずれ近い将来、下がっていくことも予想されます。

医療費を名目GDPに即して伸ばしていく

では、今後の医療財政はどうしていきべきなのでしょう。その解決策はシンプルであり、今後の医療費を名目GDPに合わせて伸ばしていくことがキーとなります。

医療費をコントロールする際は、対GDPを前提条件として、分母が名目GDP、分子がP（診療報酬等）×Q（医薬品・薬剤費等）＝医療費という式を用い、価格Pを約20年間で2%調整すると、対GDPの医療費を安定化できます。また、後期高齢者医療制度の診療報酬に自動調整メカニズムを導入すれば、医療費の伸びを中長期的な経済成長率に沿って制御することができます。

人口減少で名目GDPが伸びなくなるのではないかと懸念もあるでしょうが、それは誤解です。例えば北海道では、人口は減っていますが、道内総生産（GDP）は新型コロナの感染拡大期を除いて伸びています。改革のポイントとして、近い将来、薬剤費と同様に医療費総額も減少し始める可能性があることを前提に、そうなる前に医療費を投資とみな



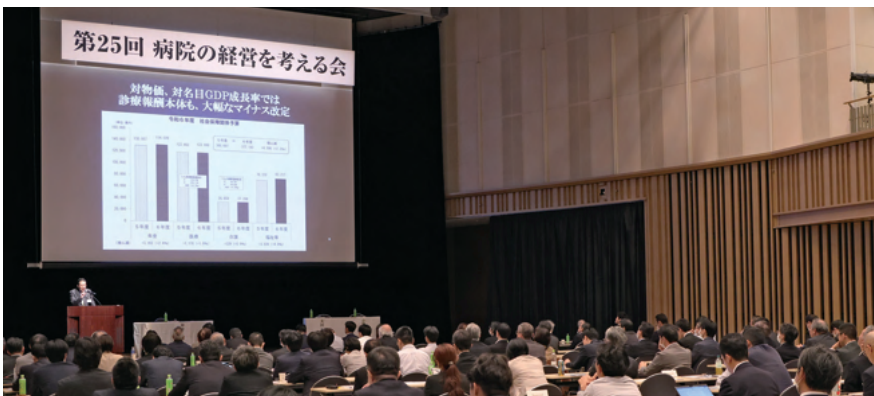
おぐろ かずまさ
小黒 一正氏

法政大学経済学部 教授

して医療費総額を「合意された成長率」に沿って伸ばす仕組みを検討しておくことが重要である、と私は考えています。

これらの改革は机上の空論と思われる方がおられるかもしれませんが、実はそうではありません。改革の1つのきっかけとして、「こども未来戦略」を挙げることができます。その中には、「高齢化率に伴い、医療・介護の給付の伸びが保険料の賦課ベースとなる雇用者報酬の伸びを上回っており、このギャップにより保険料率は上昇している。若者・子育て世帯の手取り所得を増やすためにも歳出改革と賃上げによりこのギャップを縮小し、保険料率の上昇を最大限に抑制する」と記載されています。

また、財務省では医療・介護の社会保障率をマクロで見た場合、雇用者報酬（雇用者全体の賃上げによる増）を分母に、医療などの社会保障負担を分子にする式を示し、同方式に沿った保険料率の上昇を基本的に抑制することが閣議決定されました。この式の分母の雇用者報酬は名目GDPの約52%、分子の社会保障負担のうち医療部分は医療給付の約56%ですから、これを別の見方で示すと、この式は、医療費を名目GDP成長率に沿って伸ばすことも意味します。つまり、こども未来戦略で掲げた式は、医療業界にとっても非常に可能性を秘めた案といえます。



日本と医療の未来につながる社

講演1のディスカッションは、今、そしてこれから迎える日本社会の課題を“社会保障制度”の視点で捉え、厳しい状況の中で病院が何をすべきかについて、神野正博氏（社会医療法人財団董仙会 理事長）を進行役に迎えて行いました。診療報酬改定、国民皆保険、国の医療政策など包括的な視点から、日本の医療の未来及び病院経営についての真摯な意見と議論が出され、会場は熱気に包まれていました。



神野正博氏（以下、神野） 社会保障制度についてはあまり明るい話題がないのですが、その中で我々はどうしていくべきかをここで考えたいと思います。小黑先生がお話された診療報酬の物価スライド制は、いざそういう検討になると“抵抗勢力”が出てくると思われそうですが、その点についていかがお考えですか。

小黑一正氏（以下、小黑） まず確認ですが、医療費成長率調整メカニズムは、診療報酬の物価スライド制とはやや異なりますが、医療費の総額を中長期的な名目GDP成長率に沿って伸ばすため、基本的に物価上昇分も含めて医療費を伸ばす仕組みです。このように財政当局は、医療費の総額がきちっとコントロールできるのであれば、基本的に反対はしないと思います。ただし、医療費総額の伸びの目安がない場合は違います。例えば、物価上昇分のみを認めた場合、医療費全

体を表す計算式である価格（Price）×量（Quantity）がどのくらいの金額の総量になるのかについて、Pの伸びが分かっても、Qの変化や医療費全体の増分が分からず、財政当局が不安になるからです。その場合、厚労省と財務省との間で合意が得られず、コントロールできないという理由で財政当局は非常に保守的な形で医療費を抑制し、医療に様々な歪が発生すると思われま

神野 診療報酬の物価スライド制移行に対する、太田先生の中医協委員のお立場からのご意見をお聞かせください。

太田圭洋氏（以下、太田） 物価スライドは基本GDPスライドですが、GDPは中長期的には伸びていくと思います。ただし、リーマンショックなどがあると伸びが鈍るので、予算としての医療費の総額は物価より低く抑えられる可能性はあり得ると考えます。

また、小黑先生は「財政の予見可能性を高められる形であれば、財務省は医療費増をそれなりに容認する」とおっしゃりましたが、私の知る限り、財務省は厳しいことを言う方ばかりです。「財務省は、医療費抑制に奏功するならGDPスライドを容認するが、伸びていく段階では白紙に戻すのではないかと考えている先生もおられますので、まずはその担保をとる必要があるのではないかと思います。

小黑 2004年の年金改革でマクロ経済スライドが導入された結果、5年毎の財政検証を行いながら、リーマンショックなどがあっても、公的年金の給付費は減額されず、中長期的な名目GDPに沿って安定的に伸びています。今回提案した「医療費成長率調整メカニズム」でも、政府内で合意した中長期的な成長率（例：名目GDP成長率）に沿って医療費を伸

会保障制度のあり方を考える

ばすもので、毎年の成長率に連動する仕組みではありません。デフレを脱却しインフレとなった現在の医療費の伸びは、名目GDP成長率を下回っており、医療業界に大きな歪が発生していることは明らかで、医療費の総額も、年金給付費の伸びし方を参考に、中長期的な名目GDP成長率と整合的な形で伸ばす方策を検討すべきであると考えます。太田先生は講演の中で医療費の「総額ありき」の問題を指摘されておられましたが、このルールを変えるには、対GDPと連動して医療費を決めるという転換が必要になってくるのではないのでしょうか。

神野 確かに年金は割とうまく設計されていますから、この方式を対GDPと連動して医療費に適用していけば、会計の度にくると変わらずに済む、ということになるのかもしれませんが。

太田 私も小黑先生の見解に反対ではありませんが、一方で「医療提供コストが上がっているのだから、物価が上がれば医療費の総額も増えて必然」という考えを持っています。今はそれが行われていません。今後、どのように医療のファイナンスを進めていくかを改めて考える必要があると思います。小黑先生の意見は、その高度な解決策の1つです。医療提供側は、「患者さんが困っていれば、国が何とか対応してくれる」という状況にはないことを認識し、病院のファイナンスを考え直さなければならない段階にきていると思っています。

神野 ではここからは、会場の皆様から意見や質問をうかがいたいと思います。

会場 太田先生は講演の中で診療報酬改定が+0.88%とおっしゃられましたが、

全病院の2024年6月の医業損益は前年比で-0.1%となっていました。これにはどういった原因があるのでしょうか。

太田 診療報酬改定はプラスなのですが、薬価等の方がマイナスとなり、全体としてはマイナス改定となっています。また、病床稼働率の低下も原因ではないかと思えます。

会場 以前の消費税増税の時には、負担増に見合うほどの診療報酬のアップがなされなかった事実が、のちの検証で明確になりました。今回の改定についても、検証する必要があると思います。

神野 確かに、検証体制の構築は重要ですね。他にご質問はありませんか。

会場 公立病院は自治体が赤字を補助金で補填している一方で、民間の病院はそうはいきません。このあたりのご意見をおうかがいしたいです。

神野 自治体に対しては、総務省も関係してきますね。財務省としては――。

小黑 配分した交付税のミクロ的な執行は総務省や自治体独自の判断で、財務省としては何も言えないと思います。補助金投入については、政治の力が大きく作用してくる事柄ですが、私が唯一提言できるとすれば、公正取引委員会などに訴えることで是正を促すことでしょうか。

太田 官民の話は昔からあって、なかなか突破できない問題です。しかし、この補助金によって医療のファイナンス、診療報酬制度が歪んでしまっているとも感じています。今回議論してきた問題点が国民に伝わっていません。おそらく、国民が総じて医療に対して困るような事態にならないと、政治を動かす状況にはならないかもしれません。

社会保障制度の変遷に合わせて真に求められる病院経営を考える

神野 最後に、「持続可能な社会保障制度」を実現する際のヒントについてお話しください。

太田 私はこの先5～6年くらいの間で、医療を受ける際の貧富の差が、良くも悪くも明確化するのではないかと懸念しています。現在の平等で満遍なく最高の医療を国民が受けられ維持できた状況は、今後成立しなくなる可能性があります。この流れが大きくなってくるとすれば、病院は真剣に経営方針の転換を考えなければならないと思います。

小黑 私は、個人的には、医療経営環境の不確実性を無くすため、まずはマクロ的な医療費の伸びを安定化させ、現状の医療サービスをできる限り維持・拡大していく試みも重要だと考えています。そのためには、医療の真の魅力をどう出していくのかも重要になってくるでしょう。病院の経営面では、講演でお示した改革内容の他に、保険外の医療、特に海外から来日する人々の医療を拡充して収益を上げ、それを国内の医療に還元していく方法が有効かもしれません。

神野 このディスカッションを通じて、社会保障制度を考える上での多くの懸案事項を提示できたのではないかと思います。とにかく、「普通に医療を提供していれば、病院は潰れない」という時代は、もう終わったと理解しておくべきです。今後は頭を使って、工夫をしながら社会保障制度を考え、それを病院経営に活かしていくという発想が必要になるでしょう。



災害からの復興と創造

限られたリソースで復旧・復興を進めることは、高齢化や人口減少が急速に進む中、日本各地で直面する課題と論点が重なります。講演2では、能登半島地震と東日本大震災から、あるべき将来像に向け創造的に復興を目指す必要性を学び、地域の将来を考えるヒントを得るために、神野正博氏（社会医療法人財団董仙会 理事長）、植田信策氏（石巻赤十字病院 副院長）、岡本全勝氏（市町村職員中央研修所 学長／元復興庁事務次官）にご講演いただきました。



災害からの復興と創造 ～能登半島地震を経験して～

能登半島地震の影響から述べますと、2030年に半減と推定されるほど人口減少が急激に進んでいます。また、能登半島は観光が盛んですが、その主産業が停滞して下支える産業全てが止まっています。その他、介護需要の増大や働き手不足など日本の課題が一気に加速したのが、今回の震災であったと思います。

被災地及び将来の医療を考えると、患者の年齢層や疾病構造の観点から「やりたい医療と求められている医療に乖離が出てくる」と想定されます。となると今までの成功モデルは通用せず、全く新しいモデルが必要となり、さらに人材不足により少人数で質の高い医療を提供するための仕組みが求められることとなります。

では、その中で能登をいかに再生させるかですが、「復旧ではなく復興させる」、「日本の未来を創る」気概をもって進めるべきです。地域タウン構想に「コンパクトシティ」や「デジタル田園都市構想」がありますが、これは富山市や鹿児島市

など中心市街地が栄えている地域の未来計画であり、過疎地ではまず成立しません。郵便局やかかりつけ医機能を果たす診療所、よろず屋さんの小売業、介護老人福祉施設等があり、500人程度の地域住民が生活に不自由しない街づくりが必要ではないでしょうか。その意味では、「コンパクトタウン」という街づくりの発想があってもよいと思います。そして、コンパクトタウンの集まりを広域圏において必要な行政官庁や高等教育、専門・救急病院を持つ「ハブシティ」がカバーするという考え方が必要と考えます。

また、当院では現在、金沢大学病院から非常勤・常勤医を増員していただき、同院の代わりに当院の非常勤医が珠洲市総合病院に赴く支援体制ができています。このスキームはもしかしたら、過疎地医療の「コンパクト病院とハブ病院」になり得ると強く思うところがあります。

日本には今、災害多発や生産年齢人口の急減という「津波」が押し寄せています。



かの まさひろ
神野 正博氏

社会医療法人財団董仙会
理事長

これらに対応するためには、日本社会そして医療の強靱化が不可欠であり、それが現在の診療報酬内で可能かというよりも、サージキャパシティに対する補助金支援が必要になってくると考えます。

災害サイクルと医療再編 東日本大震災への対応より

私からは、「災害サイクル」と「医療再編」について、東日本大震災の経験をもとにお話したいと思います。

災害サイクルとは、「①災害の予見と被害の予測、②リスクの発現防止と被害



うえだ しんさく
植田 信策氏

石巻赤十字病院 副院長

の軽減、③被災時の救助活動、④被害の克服と復旧」の循環過程のことです。当院では、宮城県沖地震の平均インターバルが37年なので次は2015年との予測から、2006年の新築時に海岸から4.5kmの内陸に移転。併せて免震構造を採用し、外来待合の壁に酸素配管を施すなどの対策を行いました。さらに、災害マニュアルの実名作成や災害医療実務担当者の地域ネットワーク構築、宮城県沖でのマグニチュード8の地震を想定した大規模災害患者受入訓練を行い備えていたのですが、訓練の翌年に東日本大震災が起きました。

病院の内陸移転や免震構造化、事前訓練などが奏功し、当時、地域で唯一の救急受入施設として救助活動ができましたが、“想定外”はどうしても起こり得ます。治療後の患者が多数、院内滞留したのが、最たる例です。この教訓を生かして、患者受入だけではなく避難所アセスメントを含めた災害訓練を行うこととしました。また、長期化した避難生活者の健康被

害対策を、「TKB48」というキャッチフレーズで構築しました。これは、Toilet(清潔、安全なトイレ)、Kitchen(温かい食事の提供)、Bed(雑魚寝防止)を、48時間以内に用意する対策で、イタリアの災害対応を参考にしたものです。これらの活動が、次に災害が起きた時の復興と創造につながると思います。

「医療再編」については、石巻医療圏では震災による人口減少を受けて、公立病院の診療所化や病床縮小を行う一方、当院は増床しており、中核病院に医療資源を集中する形で再編が進んでいます。さらに石巻医療圏と周辺2医療圏を合わせた広域再編成が行われ、これに伴い各医療圏との連携を強化していかなければならない状況にあります。

地域の人口減少という問題から患者減と医療従事者の確保難は必至であり、その中でどのように当該医療圏の診療や災害医療対応体制を維持していくかが、我々の課題であると思っています。

人口減少下での災害復旧 国土の復旧から生活の再建へ

東日本大震災からの復旧に時間がかかった理由の1つは、人口減少が始まった時の大災害であることです。阪神淡路大震災の時は、道路など公共インフラを復旧すれば街を再生できたのですが、能登半島地震を含め過疎地での災害の場合は、生活の再建まで政府が支援しないと街は元に戻りません。今回は私の復興庁時代の震災復興支援経験から、それらの実情についてお話しします。

人口減少下においては、公共施設を被災前に戻しても人が減っていること、災害を機に離れる人も出て、無駄が生じることになります。さらに言えば、被災者用の住宅地を整備しただけでは、地元を離れた住民が帰ってくることはありません。日常生活に必要な商店街を復活させ、工場など雇用の場を造らないと生活が成り立たないからです。再生の主体は企業や事業主ですが、跡継ぎがいらないために継続に消極的な事業主が多く、政府の支援が不可欠です。

東日本大震災では、仮設商業施設と仮設工場を国が造って貸与し、最終的には無料で提供しました。また、必要な機械などは、全国の事業者が中古品を提供してくださり、政府も補助金を出して整えました。従来の政府の復旧支援は「インフラと住宅の再建」でしたが、人口減少下の過疎地はそれだけでは、街の暮らしは再生できないのです。

そのために、この「産業・なりわいの再生」に加えて、「コミュニティの再建」も不可欠です。仮設住宅提供の際、独居高齢者を優先したのですが、入居時と退去時の2度で親しくなった人との“つながり”が切れてしまうことになりました。地域住民が中心となって町内会など交流の場を再生し、寂しい思いをさせないようにする配慮が必要と痛感した次第です。

この3つの要素が揃わないと、被災以前の賑わいを取り戻した街の復旧ができないことに気づいたのが、私の約10年間の経験でした。「国土の復旧」から「生



おかもと まさかつ
岡本 全勝氏

市町村職員中央研修所 学長/
元復興庁事務次官

活の再建」へと哲学を変える必要があったのです。昨今、被災過疎地の復旧はより過酷な条件を突き付けられる状況となっており、これからはより厳しい時代になるとと思っています。

被災からの復旧のために病院は

能登半島地震と東日本大震災からの創造的な復興のあり方を問う講演を受けて、エム・シー・ヘルスケアホールディングスCSO兼CMOの小西竜太を進行役に、3演者をコメンテーターとしてディスカッションが行われました。再起には何が必要か、またどのような復興を目指すべきかなどについて、3演者の経験から有意な指摘や考え方が提示されました。



小西竜太（以下、小西） 講演「災害からの復興と創造」のディスカッションは、テーマのうち「創造」に焦点を当てて進めていきたいと思っています。まず神野先生にお聞きしたいのですが、能登半島においてこれからどのように医療を再生すると良いとお考えでしょうか。

神野正博氏（以下、神野） 講演でも申し上げましたが、地震で人口が減少し、続く水害でまた減った現状を鑑みると、住居地域の“集中”を進め、そこに医療を含めて各種サービスを効率的に提供するという方法が考えられます。

被災者の方々は「元に戻してほしい」と大きな声を挙げられますが、ほとんどは高齢者なのです。山の中の限界集落でひっそりと暮らす生活に意義を見出している住民のマインドを変えるのは難しいことは分かっていますが、やはり能登の将来を見据えた上での集中は必要です。冷たい言い方かもしれませんが、ある程度の割り切りは必要ではないでしょうか。

住居地域の集中効率化を進め コミュニティ単位で考える

小西 東日本大震災後の街づくりの観点から、岡本先生はどう思われますか。

岡本全勝氏（以下、岡本） 東日本大震災において復旧が比較的うまく進んだのが宮城県女川町ですが、それでも住民は3割減っています。当初は離れた高台にも住宅をいくつも造る予定だったのですが、結果的に中心地1ヵ所に集約されました。また、震災以前は6つあった商店街も1つに集約されています。

一方で能登の場合、例えば山間部などに位置する復旧費用がかかり、かつ30年後に無住集落化するのが確実な10軒以下の集落を元に戻すべきなのか、行政は（移転集約を）強制できませんから議論の必要があると思います。

小西 復旧という観点では、へき地はポイント・オブ・ノーリターンと言われる段階に来ているのかもしれませんが、植田

先生は、東日本大震災後に医療と街の復旧を推進されたお立場から、この能登の問題をどう受け止めておられますか。

植田信策氏（以下、植田） 私は1月4日に珠洲市に入り、集落や避難所を回ったのですが、150人の避難所では高齢化率が90%ながら震災当日から助け合って自炊されていて、コミュニティ力の高さを目のあたりにしました。東日本大震災でもコミュニティ単位で住居を移した例がありましたが、街の機能が維持できれば地元から離れても十分にやっつけられるし、被災住民は他の場所でもその人なりに生きていけることを実感した次第です。

これは余談ですが、女川町海沿いに碑がありまして、それには「復興には50代以上の人は口を出すな」と書いてあるのです。要は、「これからは若者が街を背負っていかなければならないのだから、若い人たちの考えで街を造れ」というわけです。極論ではありますが、このくら

何を準備し実行すべきか

いの気概があったほうが街として生き残れるのではないかと思います。

小西 恵寿総合病院グループは、能登半島の医療・介護・福祉を包括的にカバーしておられます。その観点から能登のこれからの医療、介護・福祉を含め地域をどのようにリデザインしていくかについて、神野先生のご意見をお聞きます。

神野 まず当グループの介護施設ですが、協議の結果、能登地震を機に入所施設2、デイサービス1、小規模多機能施設2施設の復旧を断念しました。理由は高齢者の減少が震災以降に加速しているからで、それらの施設のニーズはグループ内の他施設で補完する形をとります。

一方、医療に関しては、当院の病床数(426床)を維持すべきかの議論はもとより、今や人口が2万人となった能登半島北部の2市2町にある4つの総合病院についても、今後の建て替えはナンセンスだと思います。それよりも、かかりつけ医機能及び肺炎や腰痛など高齢者に多い疾患など最低限の入院機能を持つ病院と、ハブに成り得る病院との連携を強化して対応するほうが、より現実的ではないかと考えます。

小西 植田先生の発表では、震災後に石巻市で病床再編が期せずして起こったとのことですが、その際に機能転換はどのように進められていったのでしょうか。

植田 震災後に病院を有床診療所にするなどの再編は皆、公的病院を対象に行われていて、それは市町役場が地域の医療事情を鑑みて計画したのだと思います。民間病院に関しては基本的に残っていましたので、当院が急性期を担い、後方支援を他院に依頼する形で被災後の医療が



進められ、ステークホルダーが問題になることはありませんでした。その際の連携については、地域連携パスを多数作り、病院間のつながりを増やして対応しました。大げさな言い方をすれば、「石巻の医療施設を1つの大きな病院にする」くらいの気持ちで取り組み、各院には大筋、その考えに賛同していただいております。

生業や医療等が整備されないと被災住民は地元には戻らない

小西 ここで会場からのご質問をお受けしたいと思います。

会場 岡本先生におたずねいたします。東日本大震災のように被ばくが重なった被災地の復興について今後どのように対応すべきか、震災時に行政として復興を支援されたお立場からアイデアをお聞かせください。

岡本 当初、住民が戻ることができる時期を基準に、地域を3つに色分け(緑、黄、

赤)して対応しました。具体的には、緑は直ちに戻れる区域、黄色は線量がやや高いが除染が可能で完了後に戻れる区域、赤は線量が当面減らないので基本住めない場所に区分しました。

我々は黄色には除染後に住民の方々に戻ると考えていたのですが、実際には戻りませんでした。郡山市に避難されたある高齢者の方は、「郡山は病院が近くにあって暮らしやすい。地元には墓参りに年数回行くだけでいいから、戻る気はない」とのことで、これが大方の現状なのです。講演でも申し上げましたが、やはり生業や雇用、医療等が整備され生活が保障されない限り、全域的な被災地再生は難しいのではないかと思います。

小西 岡本先生、ありがとうございます。当社は日本全国に顧客病院がございますので、過去の被災時には顧客と同じ目線で診療継続と復旧を支援してきました。今回、対策としてより強靱な仕組みを作ることが肝要と実感した次第です。



病院経営の安定・継続に向けて 知っておくべき視点と手法

ワークショップは、講演・ディスカッションに先駆けて3つが午前中に同時開催され、①「愛され病院」のつくり方、②組織変革と病院DX最前線、③全体最適のマネジメントをテーマに、具体的な事例紹介を交えながら病院経営に必要な視点と手法についての講演と質疑応答が行われ、各室において有意義な議論と検討が交わされました。



ワークショップ 1



たけだ ようすけ
竹田 陽介氏

病院マーケティングサミット
JAPAN 代表理事
カルチュラルエンジニア/医師

今回は、「マーケティング視点から考える「愛され病院」のつくり方」について紹介したいと思います。私は病院を「垣根を超えて、楽しさを誰かと共有し、ワクワクと一緒に育んでいける場所」と捉えて事業を展開していますが、その際に重要なのが「病院広報は医療人としての誠意」という概念です。医療人とは「医療を通じて人、社会に貢献する者」を意

マーケティング視点から考える「愛され病院」のつくり方

味し、何を社会に示すか、そして人と社会に貢献するかが、病院=医療人にとって腕の見せ所となります。これを踏まえて、基礎編の「“会えなくても近い”を叶える病院コミュニケーション設計」を考えていくことにします。

Withコロナ時代でキーとなるのが、オフライン（対面）とオンラインを駆使した“会えなくても近い”コミュニケーションを全職員で考えて実践することです。大切なのはそのタッチポイントで、私は「有意義な接点を多く持つこと」が重要と考えています。患者への情報発信では公式LINE開設などが該当しますが、各ポイントを連携させて影響力を高めることも大切です。横断的（オムニチャネル）かつ縦断的（カスタマージャーニー）にコミュニケーションの「表面積×接触回数（頻度）」を増やすことが、病院=医療人の信頼向上につながります。

応用編の「人も地域もすこやかにする

共創病院のつくり方」のポイントとなるのは、「マーケティング=新市場の創造」という考え方です。患者（顧客）の認識（パーセプション）を変えることで、新たな市場（価値）が創造できるのではないかと思います。

その最たるものが、「ヘルス（健康）×ウェルネス（よりよく生きようとする生活態度）」の発想です。現在、患者や地域住民、医療人の誰にとっても「すこやか=ヘルス×ウェルネスな暮らしを一緒に考え、育んでいく場所としての病院」という捉え方が生成され、日本の全国各地で芽吹きつつあります。

私は、医療も暮らしも「選ぶ」から「共に遊び、創る」時代へと変貌を遂げつつあると捉えています。そして、病院は人と人の中で新たなワクワクを育んでいく場に発展し、医療は人の未来を守り、育んでいく仕事として歩みを進めていくと考えています。

ワークショップ 2

スマホ活用による組織変革と病院DX最前線

本ワークショップでは、スマートフォン（以下、スマホ）の活用が病院の組織改革や課題解決にどう結び付いたのかについて、当院の事例を紹介します。

スマホによるDXでは、リスクを最小化するのではなく、メリットを最大化するという考え方が大切です。導入にはセキュリティやプライバシー保護、コスト負担などのリスクが注目されがちですが、スマホは電話機能を持つモバイルPCであることから、スタッフの時間や空間の制約を払い、人間の認識・処理能力を向上させるツールとしての活用が重要です。

従来の対面式や会議、電話等によるコミュニケーションシステムは、病院スタッフに大きなストレスを与え、時間効率が悪い等の課題がありました。これをスマホによるチャット機能に置き換え、対話や電話と違う「気遣いなく、伝えやすい環境」を提供することで、時間や空間の制約を払い、迅速な情報共有や多職種

協働チーム医療の強化、対人ストレスの軽減やそれに伴うハラスメント抑制効果・離職率低減などが実現でき、病院の組織改革や課題解決につながったのです。

最初に導入したリハビリ部門では、患者に対するリハビリ介入時間が一般職で1単位以上増加し、病院収益の増加に貢献しましたし、この増収分がスマホ導入のコストカバーにつながりました。

また、病棟では看護師の申し送りをチャットで行うことで朝夕のミーティングがなくなり、その分、看護師がベッドサイドにいる時間が長くなりました。写真や動画の活用によって、情報伝達もしやすくなりました。そして、チームチャットによる情報共有と対話で1対複数のコミュニケーションも可能になりました。

人間の認識能力や処理能力を向上させる点については、当院ではスマホに生成AIを搭載し、それを使って知識習得や会議のアイデアを出し、教育用マニュアル



しのほら なおき
篠原 直樹氏

社会医療法人 石川記念会 HITO病院
CXO兼CHRO兼脳神経外科部長

ルの草案作成等に活用しています。他にも、電子カルテ上でのAI活用、スマートグラスやロボットを活用したスタッフの能力拡張や遠隔支援に取り組んでいます。労働人口が減少する社会の中、病院のインフラとしてスマホは必須であり、それを基に現場の課題を解決しながら組織の変革を推進し、医療DXにつなげてもらいたいと考えています。

ワークショップ 3

異業種から学ぶ！ 全体最適のマネジメント



にし まこと
西 誠氏

株式会社 Goldratt Japan
パートナー

今回はゴールドラット博士が開発した制約理論TOC(Theory Of Constraints)を民間企業で活用した事例や、病院経営への応用提案などをお話いたします。

TOCはボトルネックを活用し、組織のスループットを最大化する考え方で、さまざまな手法があり、製造業、サービス業問わず、世界中に導入事例があります。

DBR (Drum Buffer Rope) という考え

方は、ボトルネック工程の能力に合わせて最初の工程の材料投入をすることでスループットを最大化するというものです。

このDBRを病院経営に用いると、もし、外来で医師の診察時間がボトルネックであれば、診察時間のばらつきに対応するために、診察時間にバッファを設ける、あるいは、患者さんに診察室の前に待機してもらうなどの方法が考えられます(ボトルネックの最大活用)。次に、ボトルネック以外のリソースが常にボトルネックを助ける仕組みに変えます。具体的には、患者毎の来院や検査を診察のペースに合わせるといった方法があります(ボトルネックにその他全てを従属)。

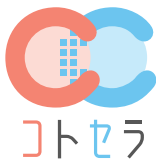
また、病床稼働率の改善と入院期間の短縮の実現には、まず、入院患者の治療計画を退院予定日が近い順に並べたリストをつくり全体を優先順位の指標とします。ただ、患者の様態や回復には不確実性がつきものなので、日々リソースを調

整していきます。

外来においても入院においても、部署ごとの効率ではなく患者の流れの改善に注力することで、スタッフにゆとりが生まれ、診療の質が向上し、収益を上げられると考えます。

ここで重要なのが、病院トップから職員までがTOCによる改革の方向性に合意した上で対策を進めることです。考え方の定着には、従来の前提を変革することが不可欠で、例えば「収益を上げるためには、各部署の生産性を向上しなければならない」から「収益を上げるためには、患者の流れを早くさせる」に変えることが必要です。

この変革は、「まずは全体のFractalを決めて早く実証する」ことが肝要とされています。病院の場合は、コアメンバーが理論を解釈・理解した上で、一部病棟などで実証(4ヵ月程度)し、その後横展開していきます。



医療機関向け
サービス比較・導入サポートサイト

コトセラ

無料

会員
医療機関
2,800
施設以上

コトセラWebへ



コトセラは医療機関向けサービスの資料ダウンロード、比較検討、面談実施までを完結できるマッチングサイトです。医療機関は無料で利用でき、マイページから事業者とのやりとりを一元管理できます。

紹介サービス
150以上

遠隔画像診断

スマートフォン

インフォームドコンセント

RPA

デジタル問診

セキュリティ

レセプトチェック

予約管理システム

など、原則、医療機関に導入事例のあるサービスを探すことができます。

コトセラでできること

情報収集

- ウェビナー
- DX事例
- 医療ニュース

比較検討

- カテゴリー検索・比較
- 口コミ・評価確認
- 資料ダウンロード

サービスへの質問

- チャットでの質問
- 面談日時調整
- 面談実施

マッチング
Matching!

コトセラが導入サポートをするサービスのご紹介



医療機関の
費用負担 **ゼロ!**
未収金の回収に

詳しくはこちら



「第25回 病院の経営を考える会を終えて」



代表取締役社長
三池 正泰

大変お忙しいところ「第25回 病院の経営を考える会」に多数ご来場いただき、誠にありがとうございました。日本の医療を支える一助となれるよう2000年に始まった本会も、新型コロナウイルス感染拡大下でのオンライン開催を経て昨年からは集合形式を再開し、第25回となる節目の会も無事に開催できました。皆様へ改めて感謝を申し上げます。

わが国では、高齢化や生産年齢人口の減少といった社会構造の変化に伴い、医療を取り巻く環境も大きく変化しております。こうした状況を踏まえ、今回は「次世代に向けて」をテーマに「持続可能な社会保障制度」と「災害からの復興と創造」の2つの演題で講演会を企画し、講師の先生方にそれぞれ異なる視点からのお話をいただいたのち、ディスカッション・パートにおいては日本の医療の未来と地域を支える病院経営のあり姿について議論を深めていただきました。また、午前で開催したワークショップでは『「愛され病院」のつくり方』、『組織変革と病院DX最前線』、『全体最適のマネジメント』をテーマとして、各先生方に経営課題の解決の糸口となる要素についてお話しいただきました。

今後の病院経営を見据え、本会がこの困難な時期を乗り越えていくためのご参考になれば幸いです。

わが国のヘルスケアシステムの発展に貢献できますよう今後ともグループ一丸となって精進して参る所存でございますので、引き続きのご指導、ご鞭撻の程、何卒よろしくお願い申し上げます。